**「第１７回　山口県介護保険研究大会」**

**資　料　申　込　書**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **申込事業所名****または申込者名** |  |
| **請求書宛名** | * 申込先と請求先が違う場合、記入してください｡
 |
| **希　望　冊　数** | 　　　　　冊 |
| **送　付　先** | 住　　所：　〒　　　-電話番号：担当者氏名：  |

※　振込手数料は、代金とは別に申込者が負担してください｡

**ＦＡＸ　０８３－９２４－２８４７**

　山口県介護保険関係団体連絡協議会　事務局

　(社福）山口県社会福祉協議会

地域福祉部　地域福祉班

　担当：山口、光安

　〒753-0072　山口市大手町９番６号

　TEL:083-924-2828　　FAX:083-924-2847